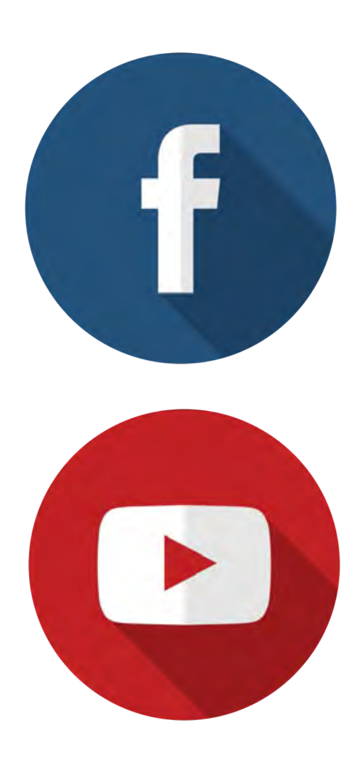
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



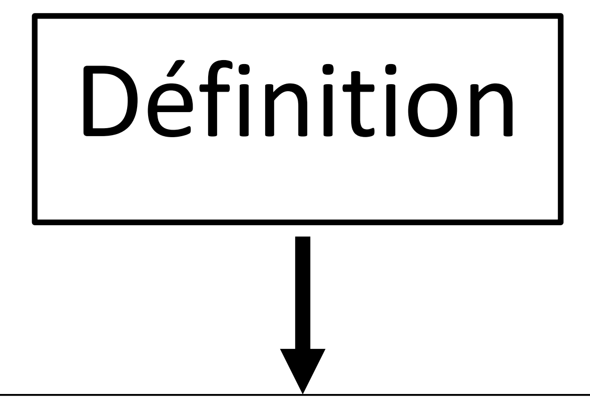




Reflux gastro-œsophagien

Dr LAYAIDA.K

CHU Mustapha



Passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage.

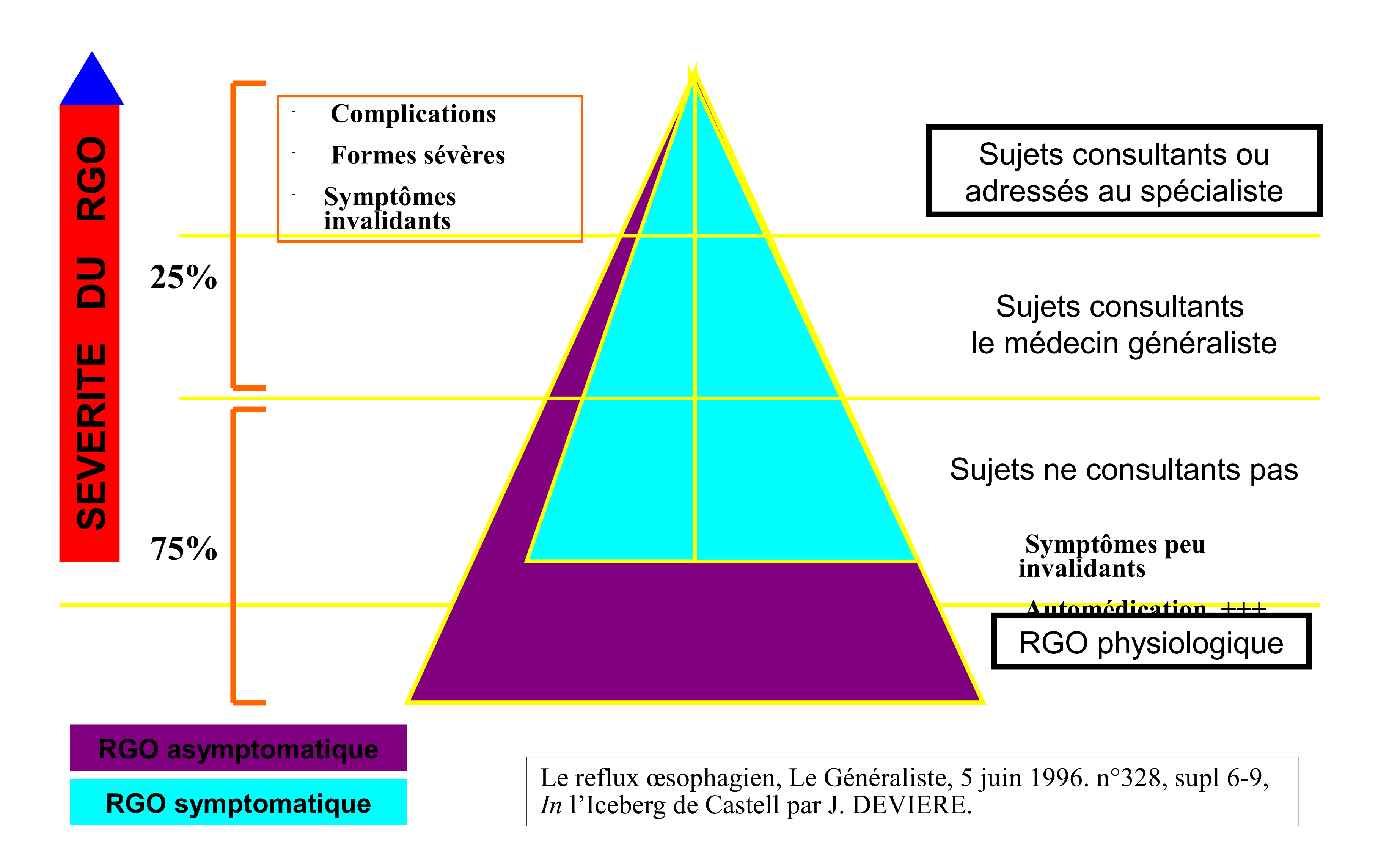
Physiologique

1. Bref, post-prandial++
2. Asymptomatique
3. Sans oesophagite

Pathologique

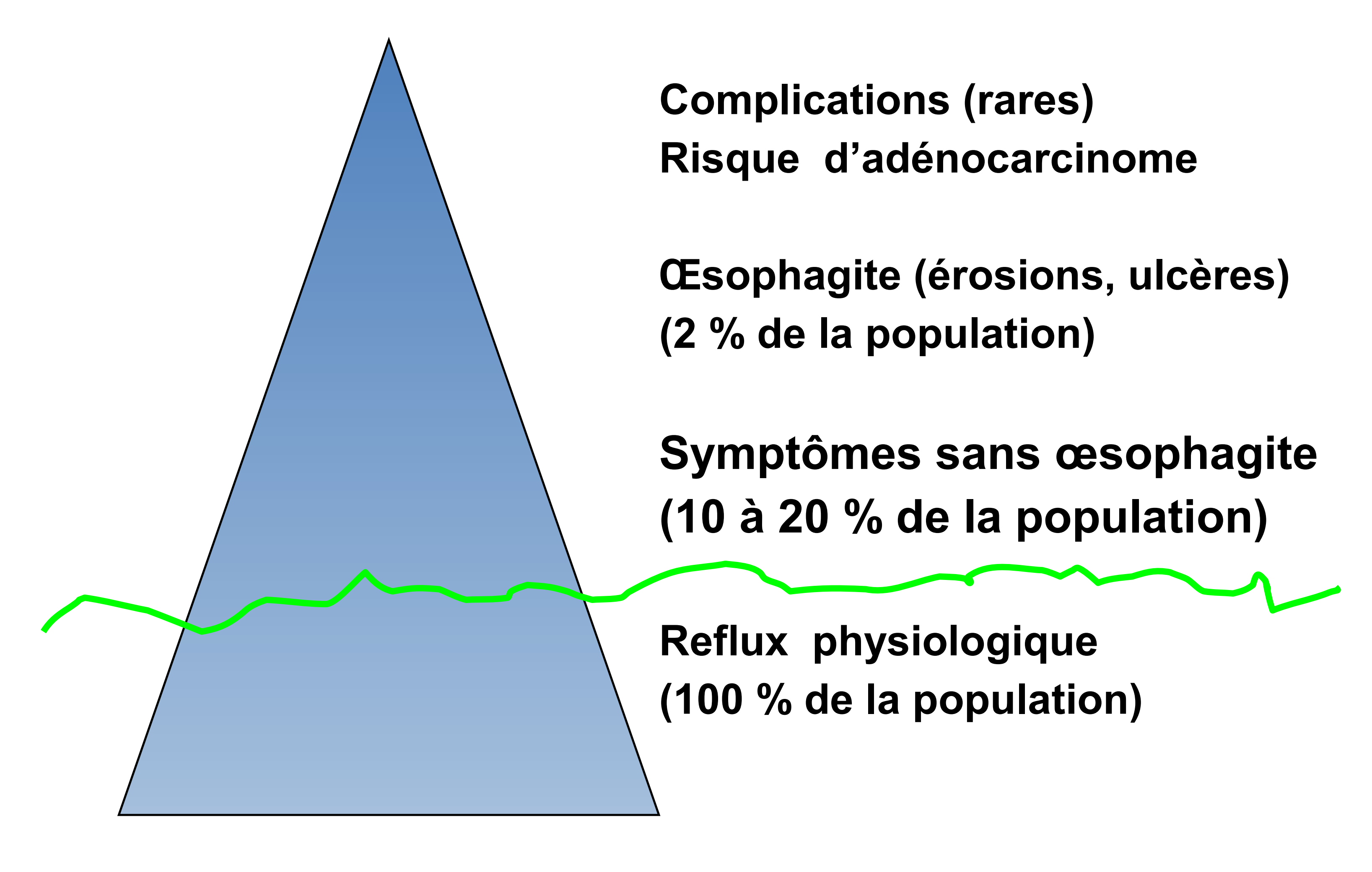
1. Répété, prolongé
2. Symptomatique
3. Et /ou œsophagite

Modèle de l' ICEBERG de CASTELL



Le reflux œsophagien, Le Généraliste, 5 juin 1996. n°328, supl 6-9, *In* l'Iceberg de Castell par J. DEVIERE.

LES DIFFERENTES FORMES DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN



Facteurs favorisants

- Facteurs génétiques:
  - Histoire familiale: OR=1.46*
  - Concordance monozygotes 42% vs 26% dizygotes (p<0.001) **
  - Parent 1er degré: OR=2.6***
- Facteurs démographiques:
  - Sexe ration =1
  - Obésité++(OR=2.8)***
  - Grossesse +
- Habitudes de vie:
  - Tabac: +
  - Alcool: +
  - Facteurs déclenchants: Aliments: café, chocolat, gras, oignon, citron,

*Gut. 2005 May; 54(5): 710–717
**Gut 2003;52:1085–9
.***Am J Med 1999;106:642–9
**** Nutr Cancer 2000;38:186–91

Facteurs impliqués

Anomalies des contractions œsophagiennes

- ↓ Résistance de la muqueuse
- ↓ œsophagienne

Défaillance du système anti-reflux: SIO+++
nombre excessif de relaxations transitoires du SIO qui se produisent en dehors des déglutitions

Secrétion acide normale = agresseur

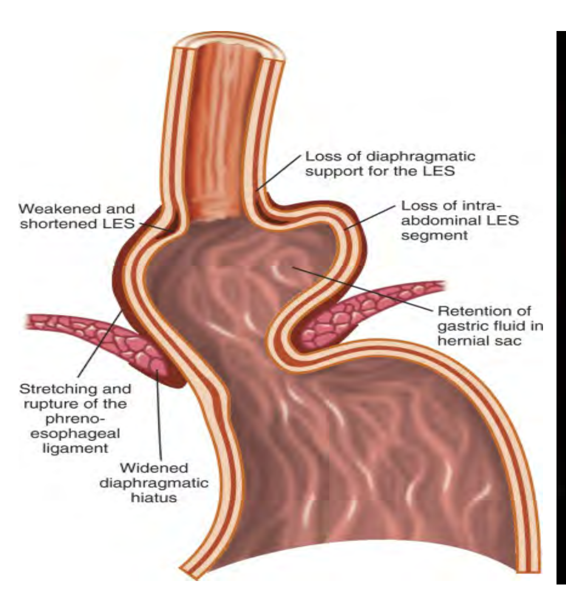
Relaxations gastriques excessives

Vidange gastrique ralentie

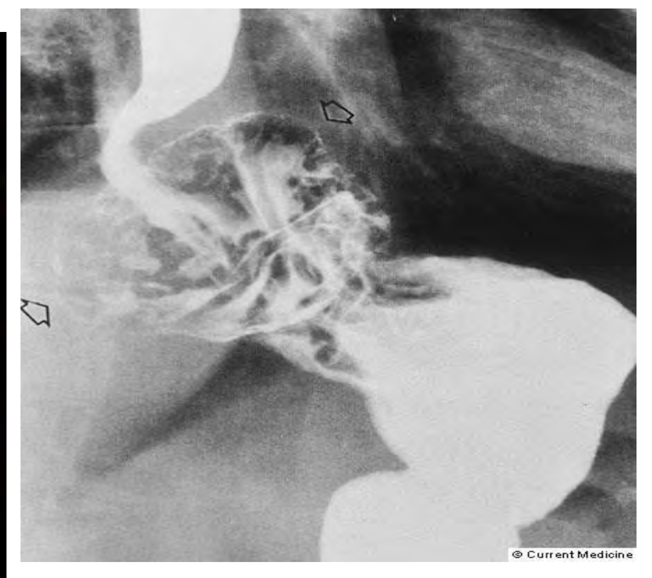
Hernie hiatale par glissement

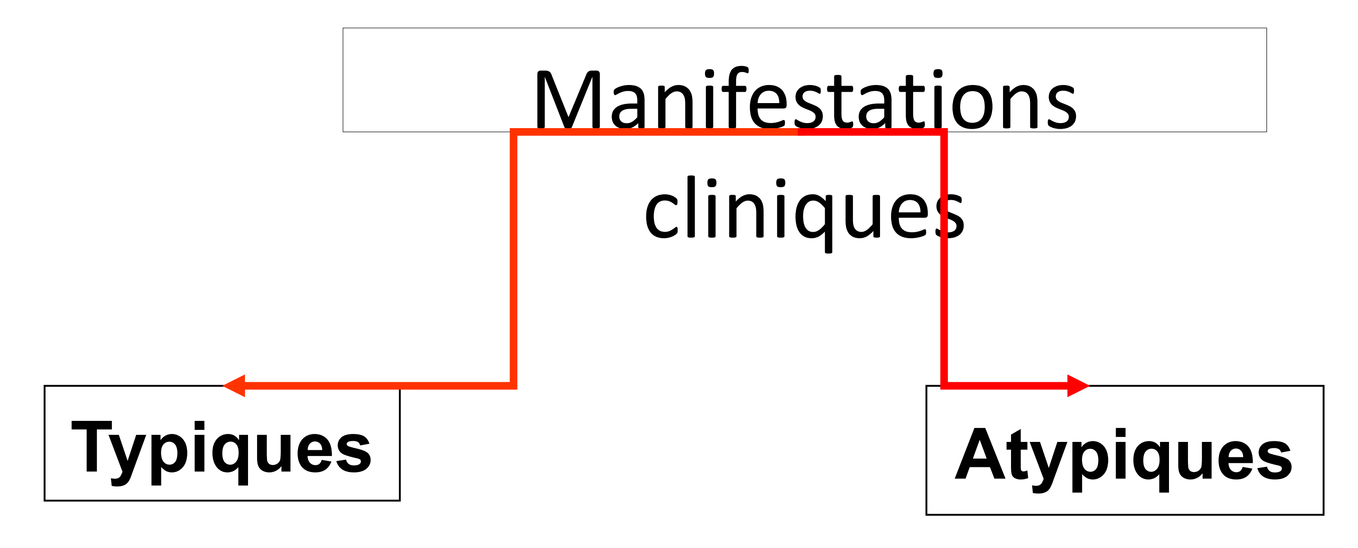
HH/G = protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme

- Ni nécessaire ni suffisante pour provoquer un RGO
- Joue un rôle aggravant









Pyrosis
Régurgitation

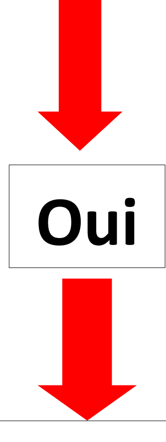
1-Digestives: brûlures épigastriques, nausées éructations

2-Extra-digestives:

- Respiratoires: toux nocturne, asthme sévère, infections pulmonaires à répétition
- ORL: pharyngite à répétition, laryngite…
- Cardiaques: crises pseudo-angineuses
- Stomatologiques: gingivites, caries dentaires

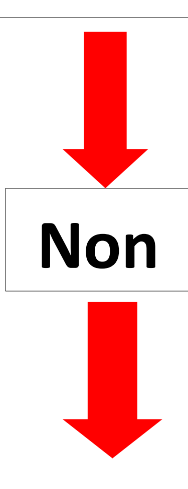
Examens complémentaires

Endoscopie digestive haute



Oui

- Age > 50 ans
- ou Signes d'alarme: +
- ou Symptômes atypiques
- Echec du traitement médical bien conduit?



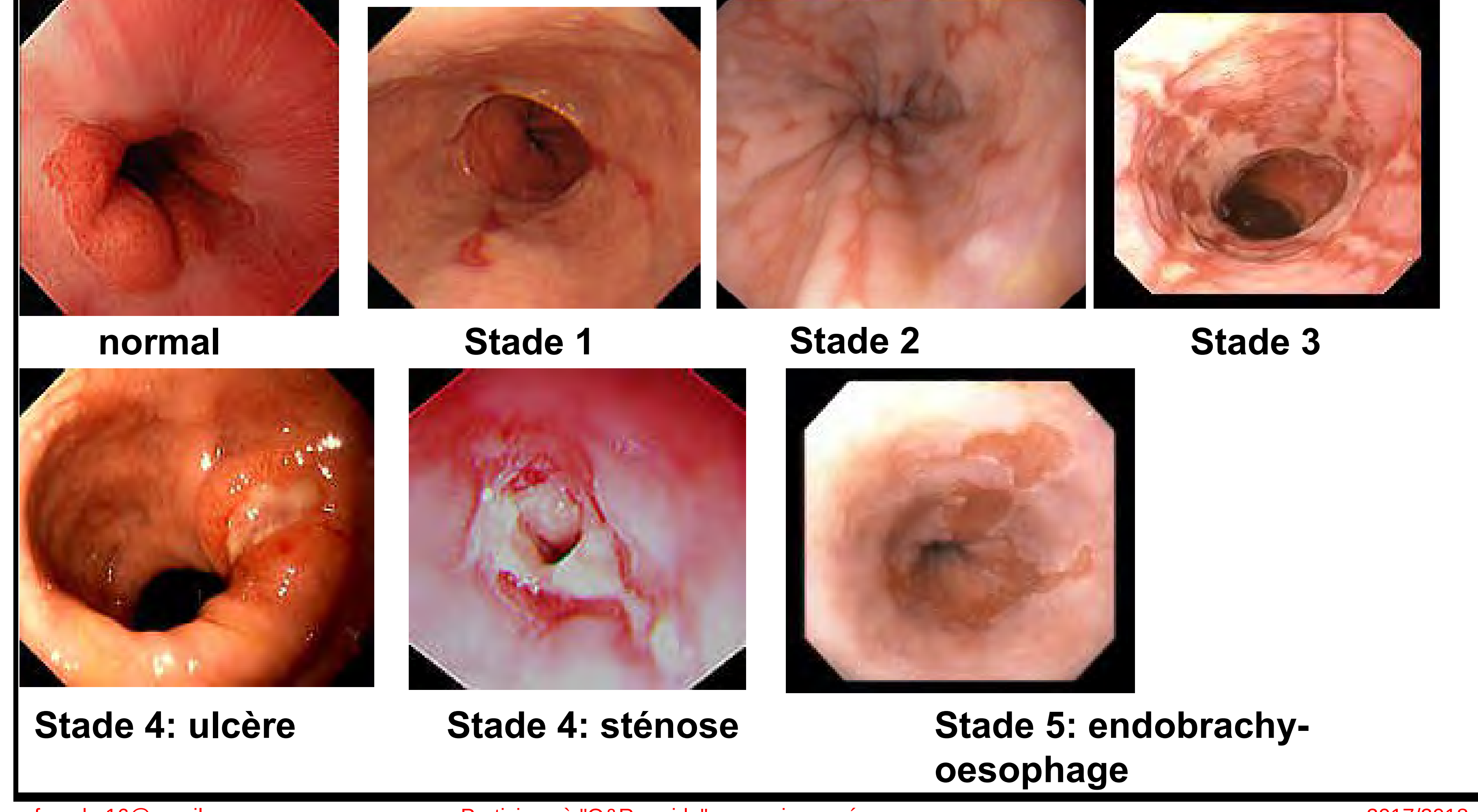
Non

- Age<50 ans
- Et Absence de signes d'alarme
- Et Symptômes typiques: pyrosis, régurgitations

Signes d'alarme

- Dysphagie
- Odynophagie
- Hémorragie digestive
- Anémie ferriprive
- Amaigrissement (involontaire)
- Altération de l'état général
- Masse abdominale
- Antécédent personnel d'ulcère ou de chirurgie gastrique
- Antécédent familial de cancer gastrique

Résultat de l'endoscopie
Classification de Savary

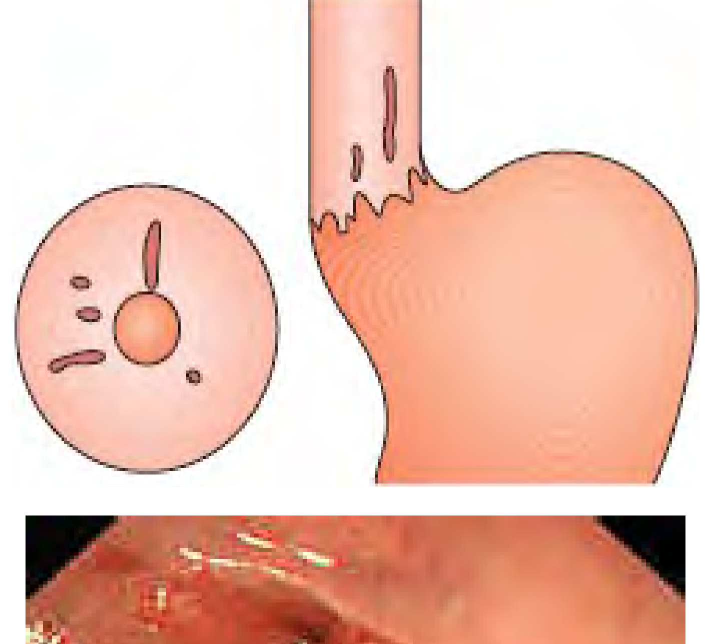


Classification de Los Angeles

Table 1
Los Angeles classification of endoscopic grades of esophagitis

Grade	Endoscopic Description
A	One or more mucosal break <5 mm that does not extend between the tops of two mucosal folds
B	One or more mucosal break ≥5 mm that does not extend between the tops of two mucosal folds
C	One or more mucosal break that is continuous between the tops of two or more mucosal folds but that involves <75% of the circumference
D	One or more mucosal break that involves ≥75% of the esophageal circumference

Œsophagite stade 1



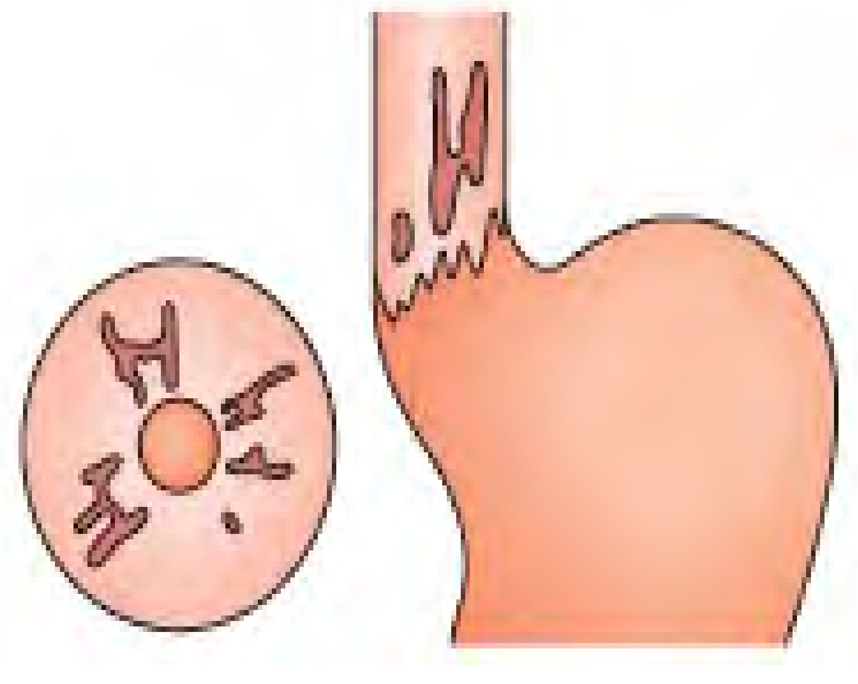




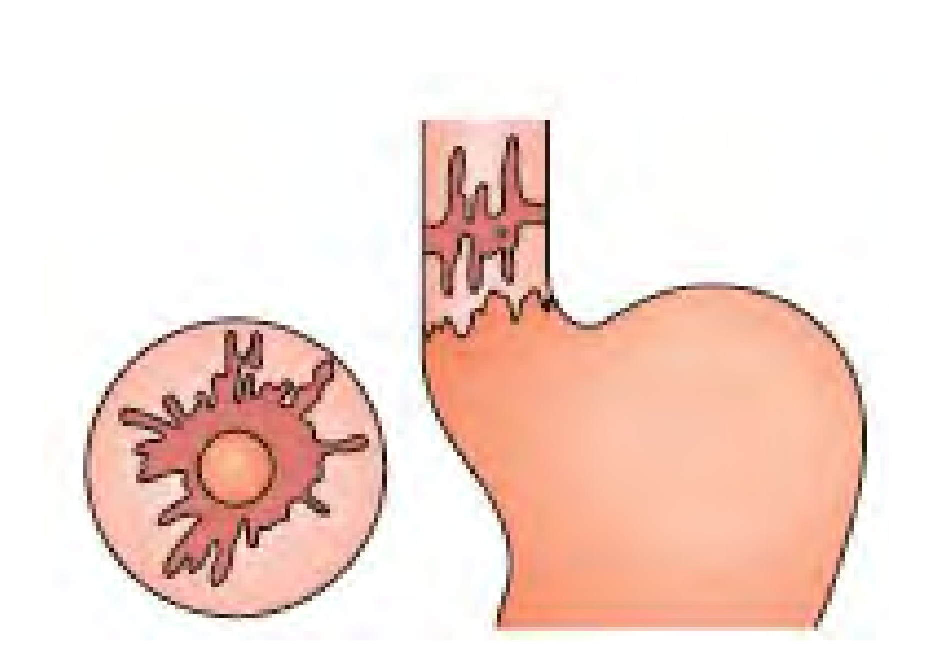


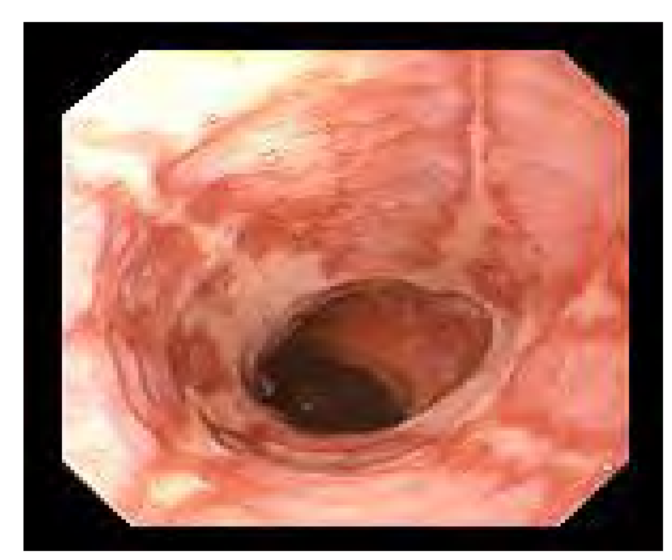
Œsophagite stade 2





Œsophagite stade 3







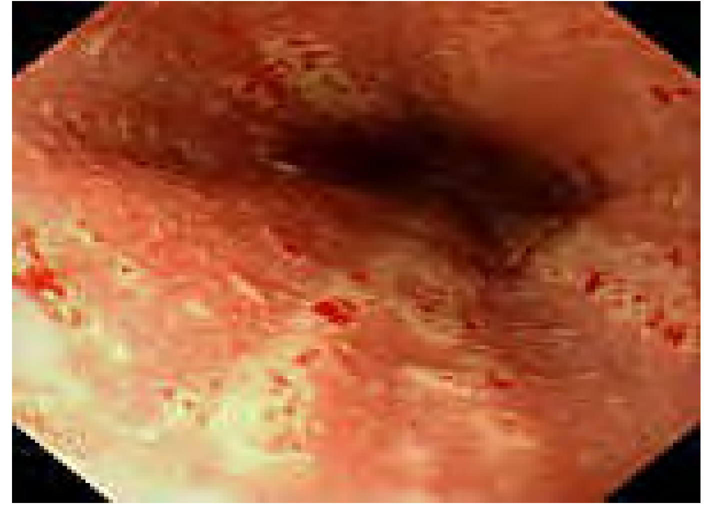
Œsophagite stade 4

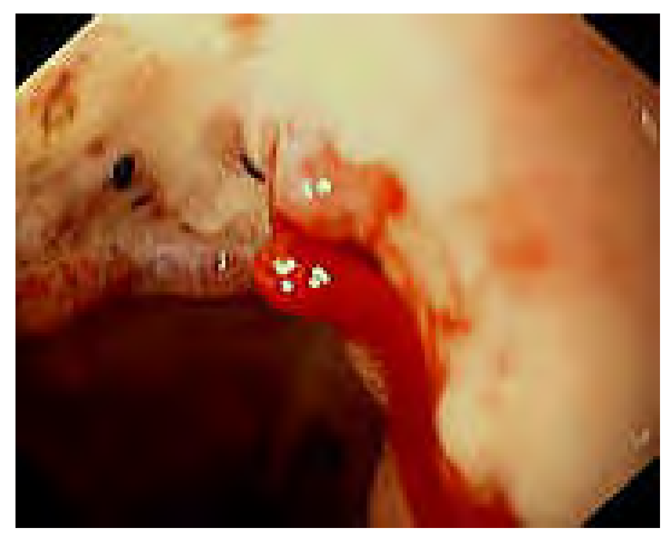




COMPLICATIONS

HÉMORRAGIE

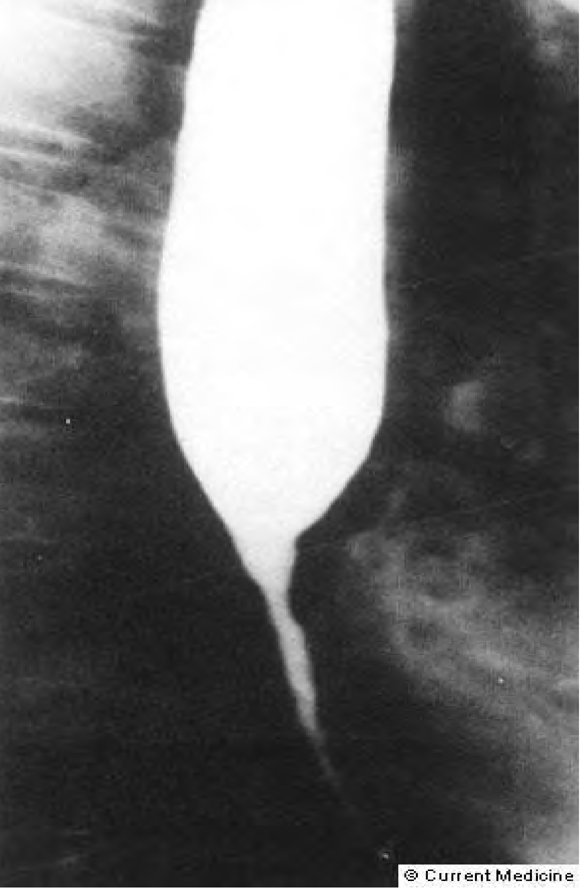








STÉNOSE PEPTIQUE



Œsophage de Barrett
Endobrachyoesophage



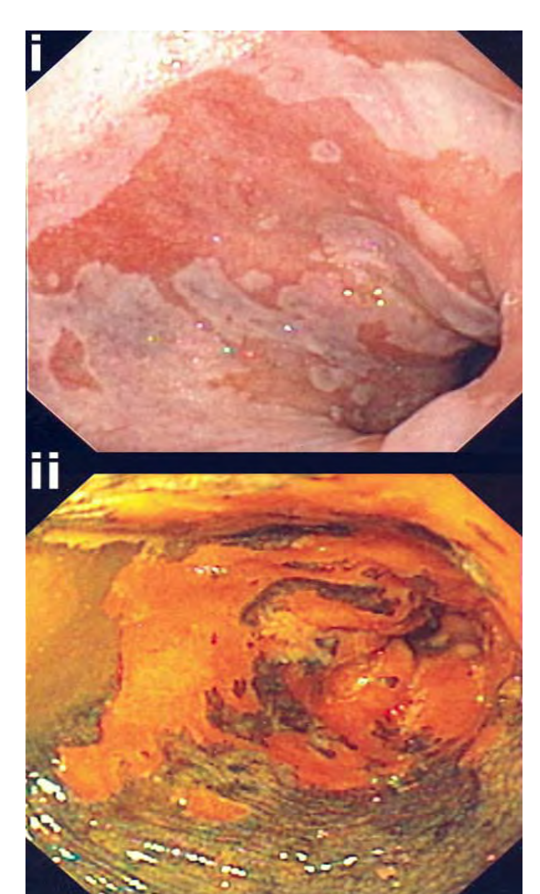
Endobrachy-œsophage = métaplasie intestinale de l'épithélium du bas œsophage

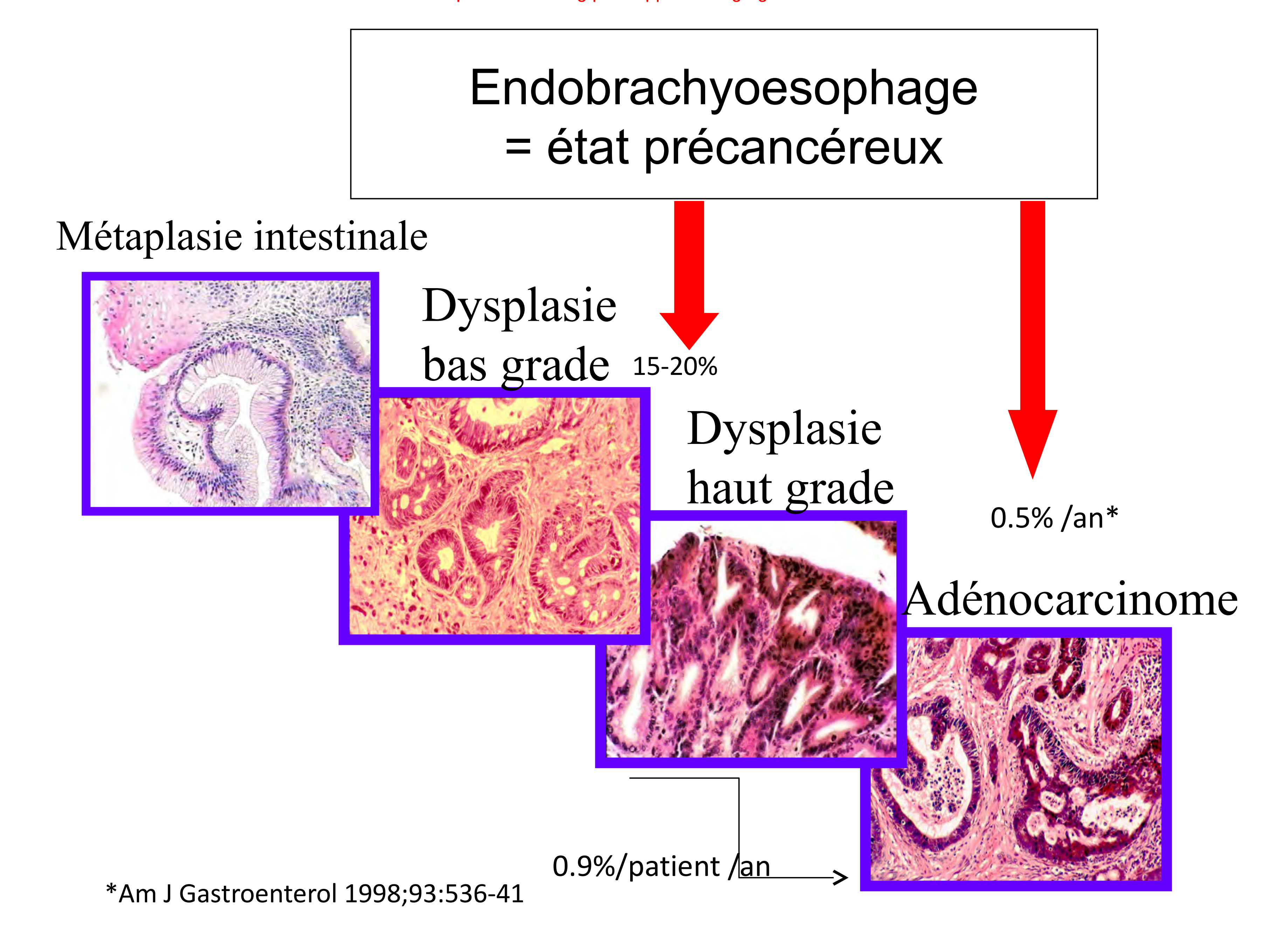
Mr. Norman Barrett










Endobrachyoesophage
= état précancéreux
Métaplasie intestinale
Dysplasie
bas grade
15-20%
Dysplasie
haut grade
0.5% /an*
Adénocarcinome
0.9%/patient /an
*Am J Gastroenterol 1998;93:536-41

Adénocarcinome sur endobrachy-œsophage

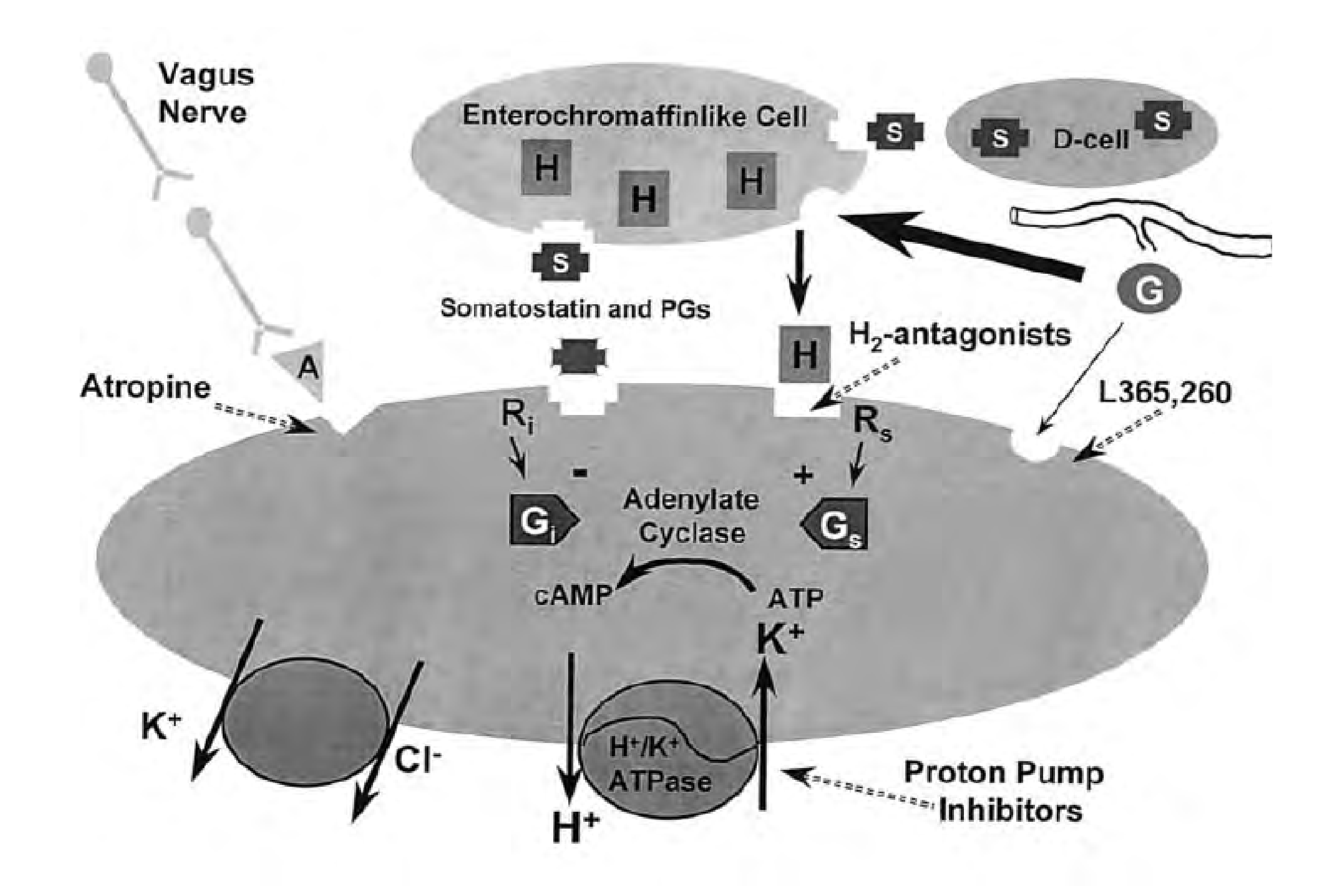




Traitement

- But du traitement:
  - Soulager les symptômes
  - Améliorer la qualité de vie
  - « Cicatrisation des lésions »
- RHD:
  - Poids ↓ ++
  - Alcool, tabac++
  - Régime alimentaire?
- Médicaments: antiacides, alginates, antiH2, IPP
- Chirurgie

Mode d'action des IPP



Les différents IPP

Oméprazole: demi dose 10 mg; Pleine dose: 20 mg
Esoméprazole: demi dose 20 mg; Pleine dose: 40 mg
Pantoprazole: demi dose 20 mg; Pleine dose: 40 mg
Lanzoprazole: demi dose 15 mg; Pleine dose: 30 mg
Rabéprazole: demi dose 10 mg; Pleine dose: 20 mg

TROIS SITUATIONS EN PRATIQUE

1ère situation

RGO typique + age<50 ans + pas de signes d'alarme

2ème situation

RGO typique + age >50 ans ou signes d'alarme

3ème situation

Manifestations atypiques

1ère situation

RGO typique, alarme(-), <50 ans

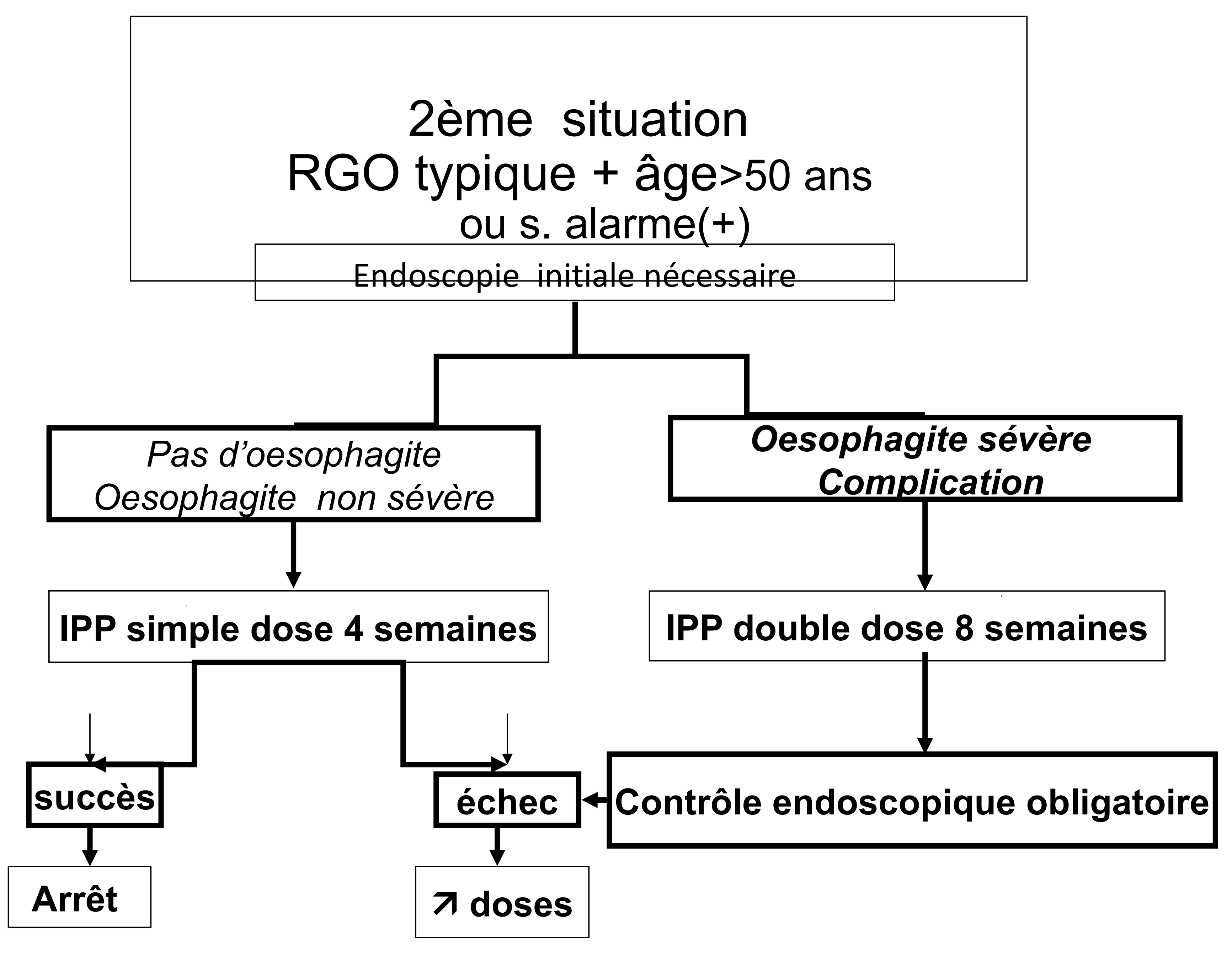


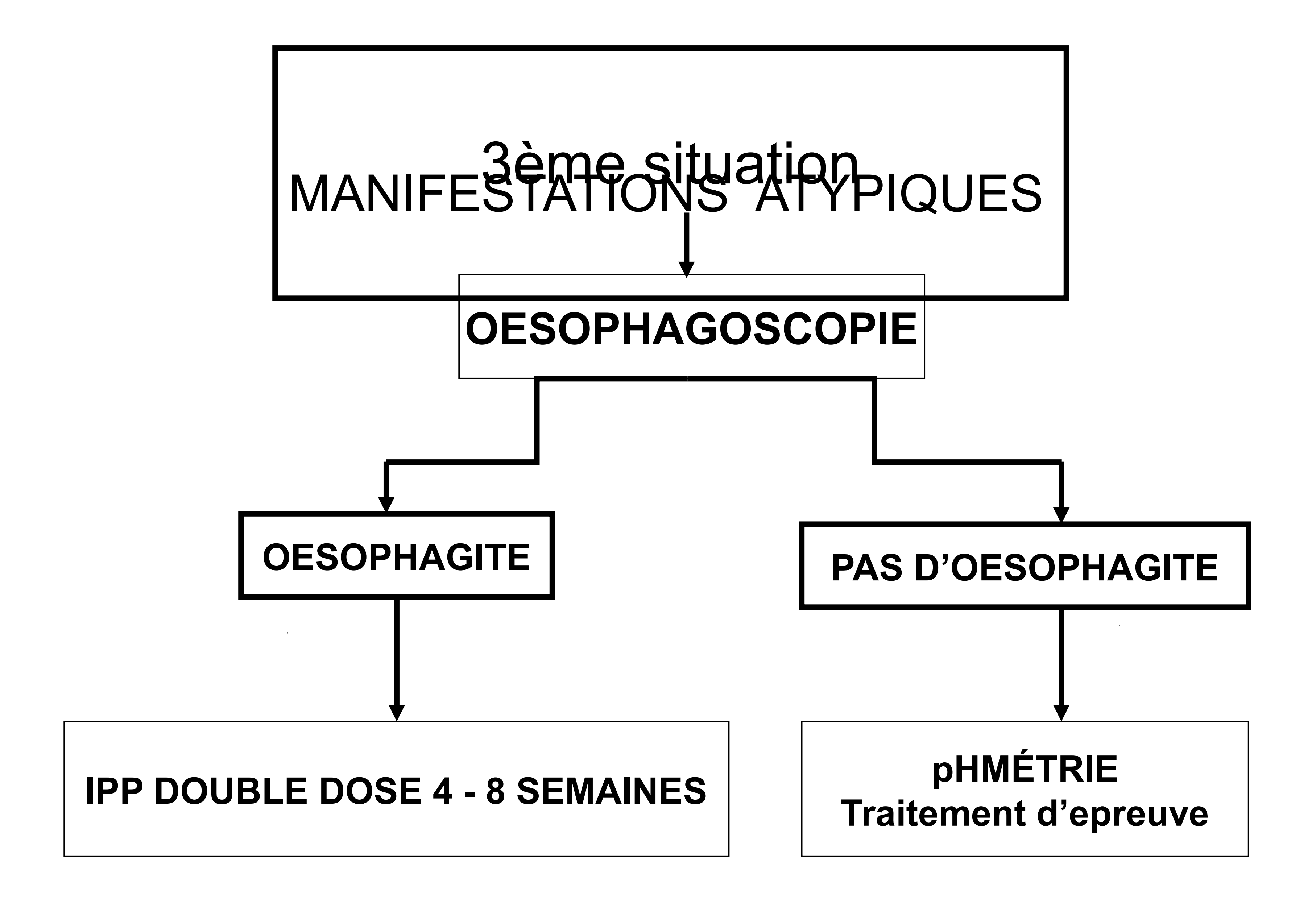
IPP
Simple dose

4 semaines

Succès → Arrêt du traitement

Échec → Endoscopie


2ème situation
RGO typique + âge>50 ans
ou s. alarme(+)
Endoscopie initiale nécessaire
Pas d'oesophagite
Oesophagite non sévère
Oesophagite sévère
Complication
IPP simple dose 4 semaines
IPP double dose 8 semaines
succès
échec
Contrôle endoscopique obligatoire
Arrêt
↗ doses


3ème situation
MANIFESTATIONS ATYPIQUES
OESOPHAGOSCOPIE
OESOPHAGITE
PAS D'OESOPHAGITE
IPP DOUBLE DOSE 4 - 8 SEMAINES
pHMÉTRIE
Traitement d'epreuve

RGO: traitement au long cours

- Symptômes typiques et espacés(< 1 fois /semaine):
  - Antiacides
  - Alginates
  - antiH2: 1-3 fois / semaine

IPP non recommandés, car leur effet n'est pas immédiat

- Symptômes typiques et rapprochées + récidives espacées (>1 fois/semaine +

Eradiquer Hp
Traitement RGO au long cours

HP - Comment l'éradiquer?...

- Traitement première ligne -

- Trithérapie 7 (-14) jours:
  - IPP 2 x/j*
  - Amoxycilline 2 x 1000 mg/j
  - Métronidazole 2 x 500 mg/j Clarithromycine 2 x 500 mg/j

* Oméprazole 2 x 20 mg/j Esomeprazole 2 x 20 mg/j
Lansoprazole 2 x 30 mg/j Pantoprazole 2 x 40 mg/j

HP - Comment l'éradiquer?...

- Traitement deuxième ligne -

- Si échec ttt première ligne, <u>traitement séquentiel</u> 10 jours:

  - IPP 2 x/j 10 jours
  - Amoxycilline 2 x 1000 mg/j 5 jours

  <u>PUIS</u>

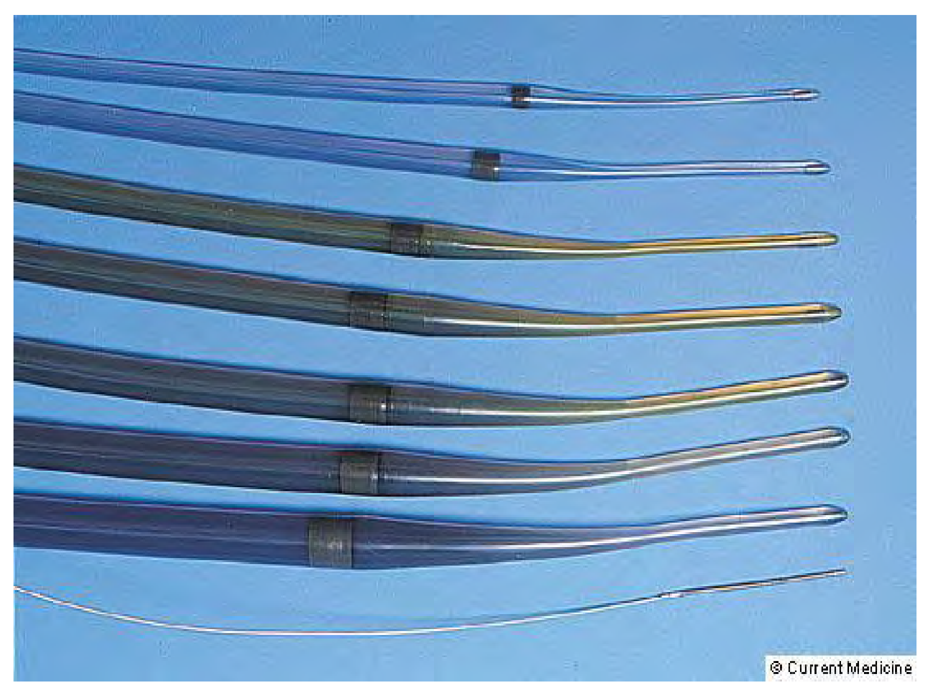
  - Clarithromycine 2 x 500 mg/j 5 jours
  - Métronidazole 2 x 500 mg/j 5 jours

Si échec du ttt séquentiel ad <u>**quadrithérapie**</u> **14 jours**:

→ IPP 2 x 20 mg/j
→ Subcitrate bismuth 4 x 120 mg/j
→ Tetracycline 4 x 500 mg/j
→ Métronidazole 4 x 250 mg/j

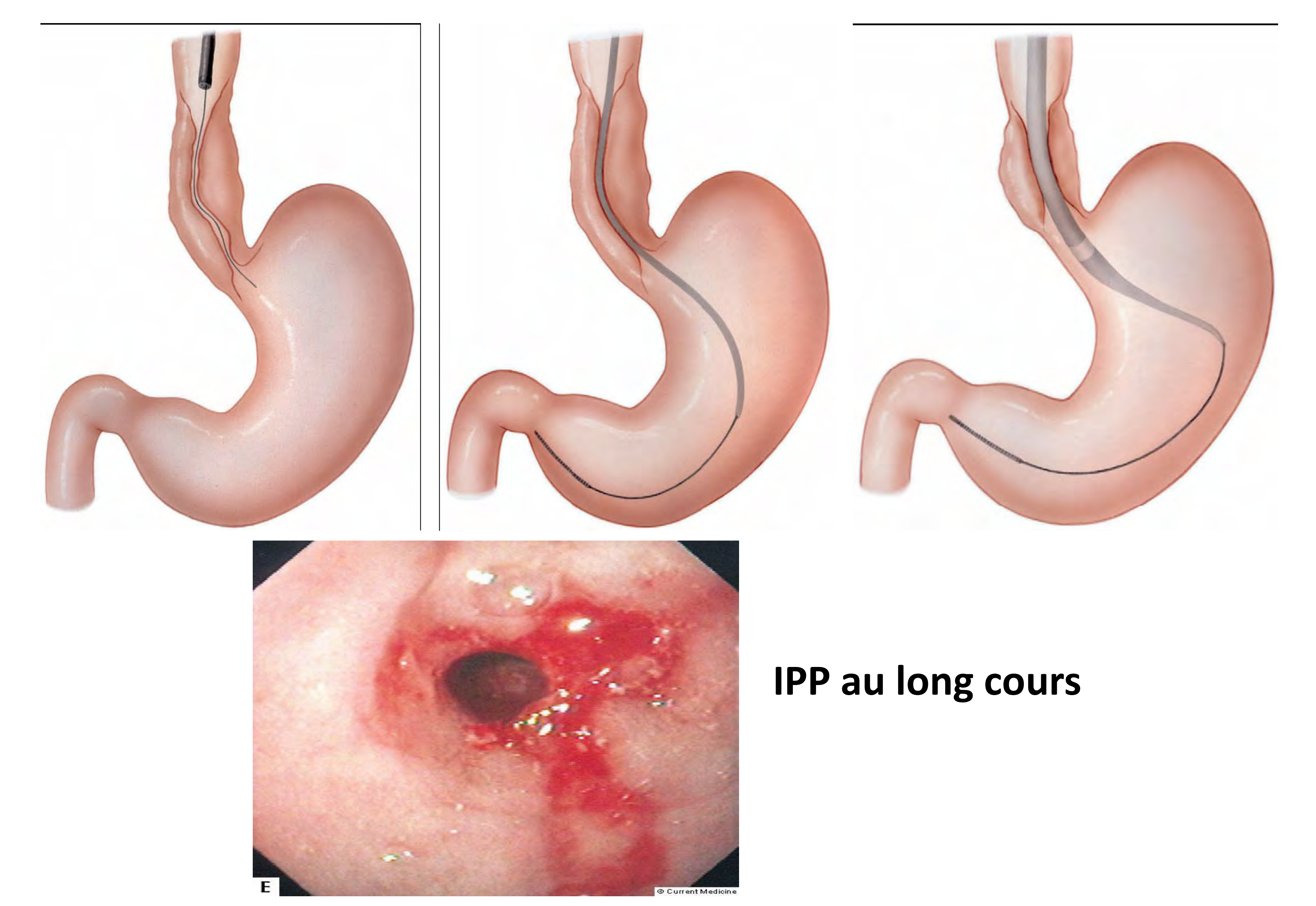
Traitement des complications

Sténose peptique = Dilatation+IPP

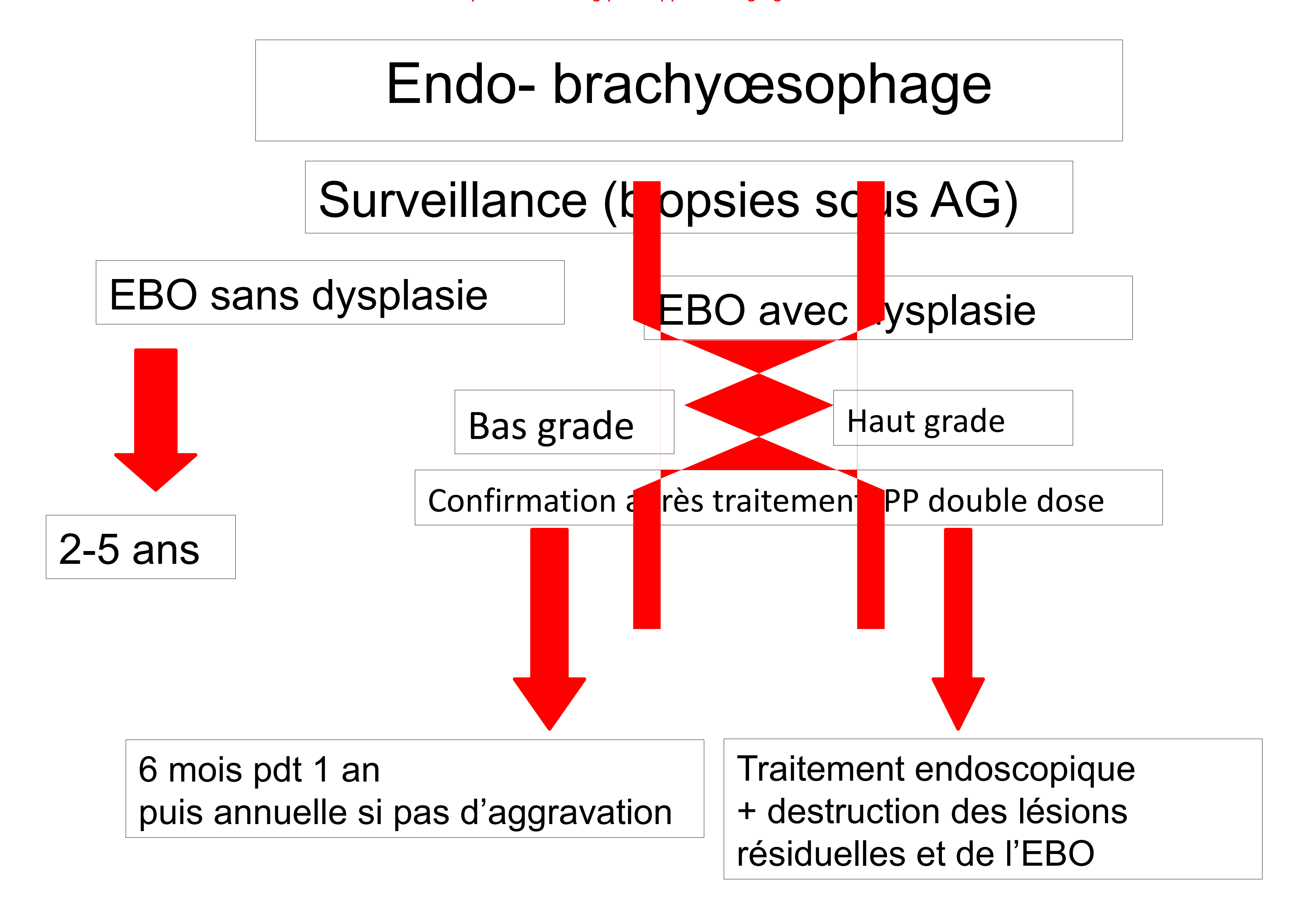




Bougies de Savary

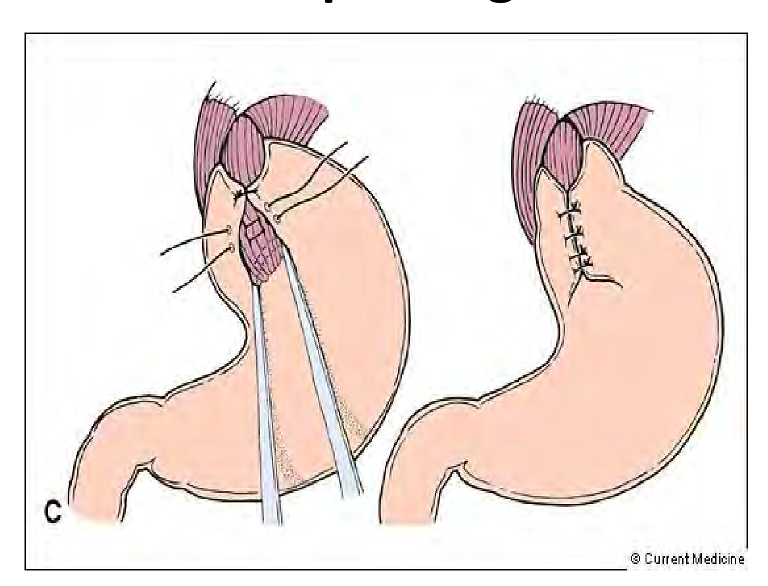


IPP au long cours

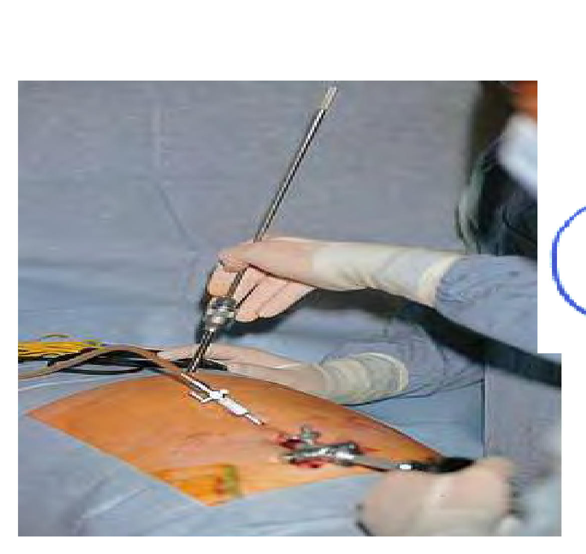

Endo- brachyœsophage
Surveillance (b opsies so s AG)
EBO sans dysplasie
EBO avec ysplasie
2-5 ans
Bas grade
Haut grade
Confirmation a rès traitement PP double dose
6 mois pdt 1 an
puis annuelle si pas d'aggravation
Traitement endoscopique
+ destruction des lésions
résiduelles et de l'EBO

Quand faut il discuter le traitement chirurgical ?

- **RGO invalidant résistant au traitement médical bien conduit.**
- **RGO récidivant nécessitant le recours aux IPP au long cours, notamment chez le sujet jeune et/ou refusant l'astreinte du TM prolongé.**







Toupet

Conclusion

- RGO = pathologie fréquente ⇒ Pb santé publique
- Physiopathologie multifactorielle
- Le diagnostic est le plus clinique (anamnèse)
- L’endoscopie digestive haute n’est pas systématique
- L’évolution est souvent chronique
- Les complications sont rares mais peuvent être graves
- La réduction de l'agression chlorhydro-peptique par les IPP est souvent très efficace
- Les IPP sont bien tolérés sur le long terme
- Eradication d’Hp est recommandée en cas de prise d’IPP au long cours